

MODULO DI DOMANDA PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA

(D.M. 332/1999 e disposizioni provinciali in materia)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
(nome - cognome)

residente a _____
(CAP - città)

in _____ n. _____
(via - piazza)

CHIEDE

in nome e per conto di

se stesso la persona sottoindicata

di usufruire delle prestazioni di assistenza protesica previste dal D.M. 332/1999 e dalle disposizioni provinciali in materia, di cui all'allegata prescrizione medica ed a tal fine

DICHIARA

che ogni comunicazione e documentazione riguardante la presente richiesta dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

assistito/a _____
(nome - cognome)

residente _____
(CAP - città)

in _____ n. _____
(via - piazza)

domiciliato _____
(se diverso dalla residenza) (CAP - città)

in _____ n. _____
(via - piazza)

recapito telefonico principale _____

eventuale secondo recapito telefonico _____

Si autorizza quest'Azienda ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda, ai fini del perfezionamento della pratica, nonché di acquisire direttamente dall'U.O. Medicina Legale il verbale di invalidità. L'Azienda utilizzerà i dati contenuti nella presente domanda esclusivamente nell'ambito e per i fini propri della domanda medesima (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196)

Luogo _____ data _ / _ / _ _ _ _

Firma del dichiarante
